

Universidad Nacional de San Martín



FACULTAD DE OBSTETRICIA

**“Efectos del Floroglucinol - Trimetoxibenceno en
la Fase Activa de Labor de Parto ”
Hospital Regional del Amazonas - Iquitos 1993**

TESISTAS :

**Hortencia Bartra Alegría
Liria Del Castillo Orbe**

Para optar el Título Profesional de :

O B S T E T R I Z

TARAPOTO — PERU

1 9 9 4

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN

FACULTAD DE OBSTETRICIA

- 1 TITULO : EFECTOS DEL FLOROGLUCINOL-TRIMETO-
XIBENCENO EN LA FASE ACTIVA DE
LABOR DE PARTO . HOSPITAL REGIONAL
DEL AMAZONAS - IQUITOS 1993.
- 2 TESISISTAS : Hortencia BARTRA ALEGRIA
Liria DEL CASTILLO ORBE
- 3 ASESORES : Dr. Néstor ESTACIO PINO
Obst. Marina HUAMANTUMBA PALOMINO
- 4 LOCALIZACION
 - 4.1 REGION : Loreto
 - 4.2 PROVINCIA : Maynas
 - 4.3 DISTRITO : PunchanaDepartamento de Gineco-Obstetricia
del Hospital Regional del Amazonas.

TARAPOTO - PERU

1994

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN

FACULTAD DE OBSTETRICIA

**"EFECTOS DEL FLOROGLUCINOL-TRIMETOXIBENCENO EN LA
FASE ACTIVA DE LABOR DE PARTO."**

HOSPITAL REGIONAL DEL AMAZONAS - IQUITOS 1 993.

TESISTAS : Hortencia BARTRA ALEGRIA

Liria DEL CASTILLO ORBE

JURADO CALIFICADOR

Dr. AMMAR BEKAUCHE DE JERIDI

PSICOLOGO CLINICO Ph.D. - C.P.G. 428

MEDICO CIRUJANO

C.M.P. 18175

Dr. Ammar BEKAUCHE DE JERIDI

PRESIDENTE

Dr. Ramiro SANCHEZ TEJADA

MIEMBRO

Q.F. Alicia BARTRA REATEGUI

MIEMBRO

A:

Luz Adith, Javier y Jaime,

Ricardo, Fely, Mary, Ernesto.

Mis Hermanos.

Por vuestro cariño y amistad fraternal,

Siempre manifiesta y nunca negada.

Soporte moral permanente

Para ver culminada esta profesión.

Con mi cariño y amor de hermana.

HORTENCIA.

A:

RITA y MARCIAL,

Mis Padres.

Por ese amor

Que generó esta oportunidad de vida.

Por vuestro ejemplo e invalorable sacrificio

En ver realizado este caro anhelo.

Por vuestra enorme, infinita paciencia,

Reflejo excelso de vuestro cariño paternal.

Con todo amor y gratitud eterna,

De una hija que os quiere mucho.

HORTENCIA.

A:

Los esfuerzos y sacrificios de

ROSA y HITLER,

Mis Padres.

Quienes hicieron lo posible

Para cumplir mi noble y sacrificado anhelo.

LIRIA.

Con cariño,

A:

ANTHONY, mi Hijo.

Por haberme alejado de tí,

En la edad en que más necesitabas tenerme a tu lado,

Más necesitabas el cariño y soporte de madre,

Fuiste para mí motivación principal

Para mi esfuerzo y espíritu de superación,

Y contribuir a tu bienestar futuro,

Que llenará mi felicidad.

Y a mi adorado esposo,

HUGO.

Profunda gratitud por su comprensión,

Respeto a su honor y apoyo total,

Para lograr la culminación de mi carrera profesional.

LIRIA

A:

Los estímulos y esfuerzos permanentes

De Dinger, Charles, Nini y Beltrán,

Mis Hermanos.

Quienes me incentivaron a concluir satisfactoriamente

La meta trazada.

LIRIA

AGRADECIMIENTOS

- Al Dr. Néstor Estacio Pino, Patrocinador del presente trabajo de Tesis.
- A Obst. Marina Huamantumba Palomino, Patrocinadora del presente trabajo de Tesis.
- Al Dr. Javier Vásquez Vásquez, Gineco-Obstetra del Hospital Regional del Amazonas-Iquitos; coordinador del Internado en Obstetricia periodo 92-93.
- Al Lic. José Luis Ramírez del Aguila, por su apoyo en la formulación estadística.
- Al Ing° Alfonso del Aguila Valera, por su colaboración en la revisión y redacción del presente trabajo de Tesis.
- A Todas aquellas personas que de una u otra forma colaboraron para la culminación de la presente Tesis.

HORTENCIA Y LIRIA.

I N D I C E

	PAG.
I INTRODUCCION	1
1.1 Términos operacionales	10
II MATERIALES Y METODOS	14
III RESULTADOS	21
IV DISCUSION Y COMENTARIOS	33
V RESUMEN Y CONCLUSIONES	39
VI RECOMENDACIONES	40
VII REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	41
VIII ANEXOS	47

I INTRODUCCION

La intensidad del dolor que acompaña al trabajo de parto motivado por las relaciones feto-pélvicas, fuerzas de las contracciones, estado emocional y físico de la paciente, puede constituir sobre todo en la mujer nulípara, el más intenso dolor que haya experimentado jamás. Por fortuna es también con gran frecuencia el que proporciona mayor recompensa. Durante el parto se presentan problemas especiales, los cuales pueden ser mejorados mediante la administración de fármacos (1).

Se define la labor de parto como un conjunto de fenómenos mecánicos y fisiológicos, que tienen por objeto la salida de un feto viable por los genitales maternos (2,3,4), dependiendo necesariamente de la sincrónica autoregulación de cuatro factores : móvil, canal, fuerza y tiempo de duración (2).

Se conocen también tres periodos: borramiento y dilatación del cuello, expulsión del feto y alumbramiento (3), encontrándose un último período denominado puerperio, inmediato al alumbramiento, con una duración no menor de dos horas (2).

El primer período se subdivide en una fase activa o período de dilatación rápida que se caracteriza por una dilatación lineal del cuello, que tiene lugar generalmente a una velocidad de 1.5 cm/hora en una múltipara y 1.2 cm/hora en una primípara (3).

Una vez comenzada la dilatación cervical, la duración necesaria para alcanzar los 5 cm. es aproximadamente el doble de la necesaria para llegar de 5 cm a 10 cm. Es decir, la primera mitad del período de dilatación toma 2/3 del tiempo total y la segunda mitad sólo 1/3 (4).

Algunos realizan precozmente la rotura artificial de las membranas ovulares (amniotomía) cuando existe una dilatación cervical entre 2 y 5 cm, con el objeto de acortar el período de dilatación normal. Esta conducta puede abreviar en un 28% la duración media esperada de un período de dilatación normal con membranas íntegras, produciendo una demostrada iatrogenia negativa como sufrimiento fetal agudo (4).

A medida que el parto progresa, aumenta la secreción de oxitocina materna, que no sólo excita la contractilidad del útero grávido, sino que promueve también la liberación de prostaglandinas y la función de éste va a ser reblandecer, borrar y dilatar el cuello uterino (4).

STOLL Y TAGER citados por PSCHYREMBEL (5) encontraron que el período de dilatación es de 9 a 15 horas en las primíparas y de 7 a 11 horas en la múltipara.

MONGRUT (2) encuentra una duración del período de dilatación del cuello de 10 a 12 horas en una nulípara y de 4 a 5 horas en una múltipara.

FRIEDMAN (6,7) encontró la fase activa de labor de parto 5.8 horas en 500 nulíparas y 2.2 horas en 500 múltiparas.

HURTADO (8) encontró el tiempo promedio de la fase activa de labor de parto de 5.35 horas en 500 nulíparas y 3.66 en 500 múltiparas.

FERNANDEZ (9) encontró en 42 nulíparas el tiempo promedio de la fase activa de labor de parto de 10.50 horas y en 78 múltiparas de 8.80 horas.

LOPEZ (10) encontró en 100 nulíparas el tiempo promedio de la fase activa de 5.80 horas y 3.72 horas en 100 múltiparas.

En nuestro medio (11) se encontró un tiempo promedio de la fase activa de labor de parto de 5.09 horas en 533

nulíparas y 4.03 horas en 638 multíparas.

Entonces podemos decir que el material humano nuestro es diferente al de otros lugares; posiblemente encontremos algunas diferencias ya que los factores nutricionales, raciales y socio-económicos son capaces de modificar la pélvis ósea (9) y ejercen influencia en otros elementos que intervienen en la labor de parto (2).

En cuanto al uso en obstetricia del Floroglucinol-Trimetoxibenceno, existen estudios importantes en casos de distocia dinámica, hipotonía uterina y edema de cuello uterino, donde obtuvieron excelentes resultados (12, 15).

El pronóstico fetal no es desfavorable por la medicación; al contrario, la corrección de una hipertonia contribuye a mejorar el ritmo cardíaco fetal (12).

En Alemania se hizo una experimentación en 400 gestantes por DAELS (16), quien sostiene que el fármaco actúa favorablemente sobre la relajación del cuello uterino, determinando un tiempo de duración promedio menor del trabajo de parto.

En Brasil, JOAO Y ORTELLADO (17) estudiaron la acción del Floroglucinol-Trimetoxibenceno en la labor de parto,

en el cual llegan a la convicción de que éste producto después de ser bien tolerado tanto por la madre como por el feto, posee acción espasmolítica y analgésica, abreviando significativamente la labor de parto.

En Brasil, MURRILLO Y CHEIN (18) hicieron un estudio de la asociación del Floroglucinol-Trimetoxibenceno en analgesia obstétrica en 28 pacientes, donde analizaron el efecto analgésico de la droga, el cual fue satisfactorio, no encontrándose efectos adversos para el binomio materno-fetal. El efecto antiespasmódico también fue satisfactorio.

El Floroglucinol-Trimetoxibenceno es conocido desde hace mucho tiempo en farmacología obstétrica, no otorgándosele la menor importancia a la musculatura lisa uterina.

El efecto del Floroglucinol-Trimetoxibenceno sólo puede explicarse por su acción directa antiespasmódica sobre la musculatura del cuello del útero, en oposición a una ligera acción de reforzamiento de las contracciones de la musculatura del cuerpo por el mismo producto (16).

Existen fármacos que mejoran la labor de parto abreviando sus fases, como los espasmolíticos, al

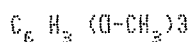
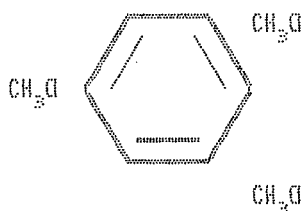
contrario de los oxitócicos propiamente dichos que actúan sobre el cuerpo del útero y eliminan los espasmos. Su principal efecto consiste en facilitar la dilatación del cuello.

Los espamolíticos disminuyen las resistencias de las partes blandas, especialmente del cuello del útero; se oponen a la dilatación del conducto del parto, dificultando el paso del feto ("Conducción antiespasmódica del parto = dirección del parto mediante medicamentos que evitan los espasmos") (5).

El proxazolo en la microhemodinamia circulatoria, merced a su notable acción espamolítica selectiva, pone especial énfasis en los excelentes y constantes resultados obtenidos en acortamiento del tiempo de dilatación cervical y de la expulsión fetal (del 30 al 50% de economía en tiempo), sin ninguna repercusión desfavorable sobre la madre y el niño (19 - 22).

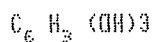
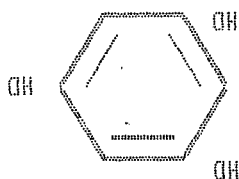
El Floroglucinol (0.040 mg) - Trimetoxibenceno (40 mg), un antiespasmolítico usado en la dismenorrea, dolores del parto, etc. (23), ponen en relieve las propiedades farmacológicas de sus dos constituyentes:

FLOROGLUCINOL



M.W.=168

TRIMETOXYBENCENO



M.W.=126

cuya asociación de sus dos dosis, potentes antiespasmódicos "aparentados", llevan un "efecto difásico" del tiempo, siendo el derivado trimetilado el que prolonga la acción del Floroglucinol, que es más inmediato y fugaz (17). Dado que este fármaco ha demostrado sus bondades, será objeto de nuestro estudio.

Siendo el Floroglucinol-Trimetoxibenceno un fármaco no tóxico para la madre ni el feto (RN), su empleo en la labor del parto acortaría el tiempo de dicho proceso, permitiendo confort a la madre y al recién nacido (12, 13, 16, 24, 25, 26). Así mismo está demostrado que favorece o mejora los trastornos circulatorios del recién nacido (13); su uso mejora los trastornos que se producen durante la labor del parto (adinamias, hipertonia, edema de cervix), por lo que se proscribire incluso al inicio del parto.

Así mismo, se reporta que la pérdida sanguínea y el Apgar al minuto, se mantienen dentro de los valores normales (12); esto ha motivado efectuar el presente estudio, en el cual se quiere demostrar clínicamente el acortamiento de la fase activa de labor de parto, con lo que estaríamos proponiendo su uso en el campo de la obstetricia.

Actualmente no existen estudios referidos a la utilización de Floroglucinol-Trimetoxibenceno en la fase activa de labor de parto, tanto a nivel nacional como regional y local, razón por la cual, con la ejecución de este trabajo se trata de establecer si existen diferencias significativas entre el tiempo promedio de la fase activa de labor del parto en gestantes nulíparas.

y multíparas que utilizaron el fármaco, con aquellas que no lo utilizaron.

Nuestro planteamiento parte de establecer si el Floroglucinol-Trimetoxibenceno contribuye a acortar la fase activa de labor de parto en nulíparas y multíparas que en aquellas que no lo utilizaron.

1.1 TERMINOS OPERACIONALES

En el presente estudio se estudiaron los siguientes términos operacionales:

1.1.1 Floroglucinol-Trimetoxibenceno

(Floroglucinol = 0.040 mg-Trimetoxibenceno = 40 mg), espasmolítico selectivo; su principal efecto consiste en dilatar el cuello uterino durante el trabajo de parto. Es la "variable independiente" de nuestro estudio.

1.3.2 Factores obstétricos

- Acortamiento del tiempo de la fase activa de labor del parto, que en nuestro estudio se consideró la dilatación a partir de 5 cm por normas que se establecen en el servicio de Maternidad, a partir de esta dilatación fueron trasladadas a centro obstétrico para un mejor control respectivo.

Es la " variable dependiente " que fue tomada en el presente estudio.

- Nulípara. Mujer que nunca ha terminado un embarazo más allá del aborto (1).

Una vez que ha parido se convirtió en primípara, por lo que en nuestro estudio fueron consideradas desde un principio como nulíparas.

- Primíparas. Mujer que ha dado a luz una vez, uno o varios fetos y que han alcanzado la viabilidad (1).

Para la determinación en nuestro estudio, después de haber parido por segunda vez, se convirtió en múltipara.

- Múltipara. Mujer que ha llevado de dos o más embarazos hasta la fase de viabilidad (1); tuvimos en cuenta en nuestro estudio solamente a aquellas mujeres que han parido hasta su cuarto hijo.

- Pérdida Sanguínea Post-Parto. Es la cantidad de sangre perdida durante el período de alumbramiento, que puede calcularse como normal

entre 300-500 ml. Es algo más cuantiosa en las multíparas que en las primíparas (4).

La hemorragia post-parto precoz, es la pérdida de más de 500 ml de sangre en la expulsión de la placenta; esto puede deberse a la relajación de la musculatura uterina, laceraciones en el canal del parto, retención de fragmentos placentarios y otras causas más raras (3).

Cabe recalcar que toda hemorragia superior a 1 litro significa peligro de muerte por shock hipovolémico (5).

- **Atonia Uterina .** Cuadro en que el útero, después de haber expulsado la placenta, no se retrae ni contrae, alterándose así la hemostasia (3).

- **Puerperio Inmediato.** Se considera después de expulsada de inmediato la placenta con una duración no menor de 2 horas; en esta etapa se practicarán funciones vitales seriadas, control de la altura uterina y control de la pérdida sanguínea; se realiza en sala

especializada de cuidados intensivos o en el ambiente de la puérpera pero con la misma dedicación y vigilancia necesarias (2).

Después se trasladó a la puérpera a sala de hospitalización en buenas condiciones.

- **Valoración del Apgar** . Es el primer examen neurológico del desarrollo que se hace al niño entre 1 minuto y 5 minutos de nacido teniendo en cuenta los parámetros establecidos (4).

II MATERIALES Y METODOS

2.1 Tipo de Estudio

Estudio descriptivo analítico con datos prospectivos y transversal en el tiempo.

2.2 Diseño de la Investigación

Es un diseño cuasi experimental con el siguiente esquema:

Pacientes que dan consentimiento	M	O ₁	O ₂	(Grupo control o testigo)

	M	O ₁ X	O ₂	(Grupo de estudio)

Donde :

M = Distribución de pacientes en dos grupos según los criterios de estudio.

O₁ = Mediciones antes del tratamiento.

O₂ = Mediciones después del tratamiento.

X = Aplicación del tratamiento farmacológico.

2.3 Población y Muestra Necesaria

2.3.1 Universo

Todas las gestantes que acudieron al servicio de maternidad del Hospital Regional del Amazonas para la atención del parto.

2.3.2 Población

Las gestantes que acudieron al Servicio de Maternidad del Hospital Regional del Amazonas para la atención del parto con los criterios que se establecen, en el período de Febrero a Junio de 1 993, en número de 825 pacientes.

2.3.3 Muestra

Se tomó en cuenta el indicador del tiempo de la fase activa de labor de parto de 2,27 horas (11), y estuvo constituido por 140 gestantes que equivale al 8.73% , las cuales estuvieron divididas en dos grupos:

- Administración en el grupo estudio de Floroglucinol-Trimetoxibenceno. Constituido por 65

parturientas.

- Grupo control o testigo para comparar (sin administración de fármaco). Constituido por 75 parturientas;

2.3.4 Criterios de Inclusión

- Dilatación de ingreso a Centro Obstétrico con 5cm.
- Edad gestacional de 37 a 41 semanas.
- Edad de 17 a 34 años.
- Presentación cefálica de vértice.
- Membranas íntegras.
- Con cuarto hijo actual.

2.3.5 Criterios de Exclusión

- Toxemias.
- Rotura prematura de membranas.
- Desprendimiento prematuro de placenta.
- Placenta previa.
- Incompatibilidad feto-pélvica.
- Polihidramnios.
- Partos estimulados o inducidos.
- Enfermedades maternas.

- Sufrimiento fetal agudo o crónico.
- Parto prolongado.
- Presentaciones anormales.
- Todas aquellas que utilizaron otros fármacos.
- etc.

2.3.6 Recolección de Datos

- 4 cc de Floroglucinol-Trimetoxibenceno.
- La información fue llevada a una hoja de datos preparada para el estudio.
- Fetoscopio de Pinar de tamaño universal.
- Tensiómetro de fabricación Japonesa y tamaño universal.
- Cronómetro de pulsera.
- Frasco de vidrio graduado a 1,000 cc.
- Equipo de parto de acero quirúrgico de fabricación alemana y tamaño universal.
- Equipo de sutura de acero quirúrgico de fabricación Alemana y tamaño universal.
- Bombilla de aspiración.
- Guantes quirúrgicos de 7 1/2.
- Balanza.
- Tallímetro.
- Se procedió a solicitar el permiso respectivo al Servicio de Maternidad del Hospital Regio-

nal del Amazonas - Iquitos.

- Se procedió a la captación de los elementos de la muestra; la gestante que llegó al Servicio de Maternidad para la atención del parto, fue sometida al interrogatorio y evaluación clínica obstétrica pertinente para determinar su inclusión o exclusión en el estudio.
- A las gestantes en labor de parto que cumplieron con los requisitos establecidos para su inclusión en los grupos de estudio, se solicitó una autorización voluntaria mediante un permiso firmado por ellas; luego, a las integrantes del grupo de estudio, se les administró por vía endovenosa directa durante 4 minutos, una ampolla de 4cc de Floroglucinol-Trimetoxibenceno, cuando la dilatación cervical alcanzó los 5 cm. Mientras que con el grupo testigo, solamente se realizó el control respectivo.
- A las gestantes de ambos grupos (estudio y testigo) se abrió una ficha de registro de datos, y se midió la duración de la fase activa de labor de parto.
- La atención del parto se realizó siguiendo los lineamientos del Servicio de Maternidad para cada grupo de estudio.

- Se evaluó al recién nacido mediante el Test de Apgar al minuto, luego fue trasladado de inmediato a sala de cunas para la evaluación de los 5 minutos por el Pediatra.
- Después del alumbramiento placentario se realizó un masaje uterino externo durante 5 minutos hasta obtener la contracción uterina deseada. Aquí se realizó la evaluación total de la pérdida sanguínea post-alumbramiento, cuantificándose en un frasco de vidrio graduado.
- Luego la madre pasó a sala de cuidados intensivos o sala de puerperio inmediato, donde permaneció por un lapso de 2 horas; durante este tiempo tuvo 4 evaluaciones, cada 30 minutos sobre los efectos secundarios y reacciones adversas del fármaco en estudio.
- No fue administrado ningún tipo de oxitócicos ni derivados del cornezuelo de centeno post-alumbramiento.

2.3.7 Análisis e interpretación de Datos

- Se realizó un análisis descriptivo bivariante, correspondiente a la diferencia entre proposiciones.

- Se comparó al grupo de gestantes con la administración del fármaco (o grupo de estudio actual) con el grupo testigo, respecto al comportamiento de los siguientes parámetros:

- * Acortamiento del tiempo de labor de parto fase activa.

- * Mantener la pérdida sanguínea dentro de los límites fisiológicos.

- * Mantener el Test de Apgar al minuto dentro de los valores normales.

- Se utilizó el instrumento estadístico:

Ji cuadrado (X_2)

Para aplicar las etapas de la prueba de significación estadística se verificó con la hipótesis nula (H_0). Se aceptó un $P < 0.05$.

III RESULTADOS

CUADRO 1 : EFECTOS DEL FLOROGLUCINOL-TRIMETOXIBENCENO EN LA FASE ACTIVA DE LABOR DE PARTO.

HOSPITAL REGIONAL DEL AMAZONAS-IQUITOS 1993.

CARACTERISTICAS GENERALES (*)

CARACTERISTICAS	GRUPO ESTUDIO (n = 65)	GRUPO TESTIGO (n = 75)
EDAD (años)		
X \pm D.E	23.46 \pm 5.39	24.2 \pm 5.49
PARIDAD		
Primíparas	35	39
Múltiparas	30	36
EDAD GESTACIONAL (semanas)		
X \pm D.E.	38.91 \pm 1.31	38.64 \pm 1.25
PESO (Kg)		
\pm D.E	60.62 \pm 6.21	60.07 \pm 6.01
GRADO DE INSTRUCCION		
Iletrada	01	02
Primaria	21	22
Secundaria	32	41
Superior	11	10
ESTADO CIVIL		
Casada	14	15
Conviviente	37	44
Soltera	14	16

(*) No significativo

Las características generales en cuanto a edad materna, paridad, edad gestacional, peso, grado de instrucción y estado civil de la muestra estudiada, pueden observarse en el Cuadro 1.

El mayor porcentaje del grupo etéreo se registró entre 20 a 24 años, con 30.77% para el grupo estudio y 28.00% para el grupo testigo; se puede observar que la mayor frecuencia se da en mujeres jóvenes en edad fértil. El promedio de ambos grupos no es significativo estadísticamente.

Respecto a la paridad, el mayor porcentaje se presentó en las nulíparas, con un 53.85% para el grupo de estudio y 52.00% para el grupo testigo, lo que demuestra que ambos grupos son comparables estadísticamente.

Todas las pacientes del grupo de estudio y testigo presentaron una edad gestacional adecuada, teniendo en el grupo de estudio (38.91 ± 1.31), 24.69% y para el grupo testigo (38.84 ± 1.25), 28.00%, lo que demuestra que ambos grupos son comparables estadísticamente.

En cuanto al peso, el mayor porcentaje en ambos grupos fue de 56 a 60 kg, obteniéndose un 29.23% para el grupo de estudio y un 33.34% para el grupo testigo;

encontrando valores normales y comparables estadísticamente.

Respecto al grado de instrucción, el mayor porcentaje se presentó en el grado secundario, con un 49.23% para el grupo de estudio y 54.66% para el grupo testigo. Estos dos grupos son comparables debido a que no hay significancia estadística.

En cuanto al estado civil, el mayor porcentaje se presentó en parejas unidas, con un 56.92% para el grupo de estudio y 58.67% para el grupo testigo. Ambos grupos son comparables estadísticamente.

CUADRO 2 : EFECTOS DEL FLOROGLUCINOL-TRIMETOXIBENCENO
EN LA FASE ACTIVA DE LABOR DE PARTO.
HOSPITAL REGIONAL DEL AMAZONAS - IQUITOS
1993.

DURACION DE LA FASE ACTIVA EN NULIPARAS

DURACION DE LA FASE ACTIVA	GRUPO DE ESTUDIO		GRUPO TESTIGO	
	n	PORCENTAJE	n	PORCENTAJE
0 - 1	04	11.43	01	2.56
1 - 3	15	42.86	09	23.08
3 - 5	13	37.14	06	15.38
5 - 7	03	08.57	13	33.34
7 - 9	--	--	10	25.64
TOTAL	35	100.00	39	100.00

$$\bar{X} = 2.91 \pm 1.51 \text{ horas}$$

$$\bar{X} = 5.14 \pm 2.32 \text{ horas}$$

P < 0.01

El cuadro 2 nos muestra el promedio de la fase activa de labor de parto, teniendo en las nulíparas del grupo de estudio un promedio de 2.91 ± 1.51 horas y obteniéndose un 42.86% entre 1 a 3 horas. Mientras que en el grupo testigo el promedio de la fase activa fue 5.14 ± 2.32 horas y un 33.34% entre 5 a 7 horas.

Lo que significa que ambos grupos son altamente significativos ($P < 0.01$).

CUADRO 3 : EFECTOS DEL FLOROGLUCINOL-TRIMETOXIBENCENO
EN LA FASE ACTIVA DE LABOR DE PARTO.
HOSPITAL REGIONAL AMAZONAS - IQUITOS 1993.

DURACION DE LA FASE ACTIVA EN MULTIPARAS

DURACION DE LA FASE ACTIVA	GRUPO DE ESTUDIO		GRUPO TESTIGO	
	n	PORCENTAJE	n	PORCENTAJE
0 - 1	09	30.00	01	02.78
1 - 3	15	50.00	11	30.56
3 - 5	05	16.67	12	33.32
5 - 7	01	03.33	11	30.56
7 - 9	--	-.-	01	02.78
TOTAL	30	100.00	36	100.00

$\bar{X} = 2.02 \pm 1.37$ horas

$\bar{X} = 4.01 \pm 1.80$ horas

P < 0.01

En el Cuadro 3, las multíparas del grupo de estudio de la fase activa de labor de parto, fue de 2.02 ± 1.37 horas y un 50.00% de 1 a 3 horas. Para el grupo testigo, el valor promedio de dicha fase fue de 4.01 ± 1.80 horas. Lo que indica que ambos grupos son altamente significativos ($P < 0.01$).

CUADRO 4 : EFECTOS DEL FLOROGLUCINOL-TRIMETOXIBENCENO
EN LA FASE ACTIVA DE LABOR DE PARTO.
HOSPITAL REGIONAL AMAZONAS - IQUITOS 1993.

VALORACION DEL APGAR AL MINUTO

PUNTUACION DEL APGAR	GRUPO DE ESTUDIO		GRUPO TESTIGO	
	n	PORCENTAJE	n	PORCENTAJE
7 - 10	65	100.00	75	100.00
TOTAL	65	100.00	75	100.00

El puntaje de Apgar al minuto en los dos grupos estuvo dentro del rango normal de 100%.



CUADRO 5 : EFECTOS DEL FLOROGLUCINOL-TRIMETOXIBENCENO
EN LA FASE ACTIVA DE LABOR DE PARTO.
HOSPITAL REGIONAL AMAZONAS - IQUITOS 1993.

SANGRADO TOTAL POST-ALUMBRAMIENTO

VOLUMEN SANGUINEO (cc)	GRUPO DE ESTUDIO		GRUPO TESTIGO	
	n	PORCENTAJE	n	PORCENTAJE
200 - 400	45	69.23	54	72.00
401 - 600	19	29.24	21	28.00
601 - 800	--	-.-	--	-.-
801 - 1000	--	-.-	--	-.-
1001 - 1200	--	-.-	--	-.-
1201 - 1400	01	01.53	--	-.-
TOTAL	65	100.00	75	100.00

Vol. Min. = 200 cc

Vol. Min.= 200 cc

Vol. Max. = 1,300 cc

Vol. Max.= 580 cc

\bar{x} = 373.8 \pm 147 cc

\bar{x} = 356 \pm 89.8cc

El sangrado total post-alumbramiento varió de 200 a 1,300 cc en el grupo de estudio y, en un mayor porcentaje (69.23%), entre los 200 a 400 cc; con el grupo testigo fue de 200 a 580 cc y con un mayor porcentaje (72%) entre 200 a 400 cc. Solamente se presentó en el grupo de estudio un caso de mayor sangrado (1,300 cc), debido a un desgarro de cervix que fue controlado inmediatamente.

Ambos grupos son comparables estadísticamente.

CUADRO 6 : EFECTOS DEL FLOROGLUCINOL-TRIMETOXIBENCENO
EN LA FASE ACTIVA DE LABOR DE PARTO.
HOSPITAL REGIONAL AMAZONAS - IQUITOS 1993.

VALOR PROMEDIO DE LA FASE ACTIVA EN HORAS
COMPARADOS EN EL PRESENTE ESTUDIO EN
NULIPARAS.

ESTUDIO	ACTUAL	FRIEDMAN	HURTADO	FERNANDEZ	LOPEZ	BECERRIL
n = 35		n = 500	n = 500	n = 42	n = 100	n = 533
(2.91 horas)		(5.8)	(5.35)	(10.5)	(5.8)	(5.09)
P		< 0.01	< 0.01	< 0.01	< 0.01	< 0.01

En el Cuadro 6 se observa que existe alta significancia estadística, comparado con los diferentes autores.

CUADRO 7 : EFECTOS DEL FLOROGLUCINOL-TRIMETOXIBENCENO
EN LA FASE ACTIVA DE LABOR DE PARTO.
HOSPITAL REGIONAL AMAZONAS - IQUITOS 1993.

VALOR PROMEDIO DE LA FASE ACTIVA EN HORAS
COMPARADOS EN EL PRESENTE ESTUDIO EN
MULTIPARAS.

ESTUDIO	ACTUAL	FRIEDMAN	HURTADO	FERNANDEZ	LOPEZ	BECERRIL
n = 30		n = 500	n = 500	n = 78	n = 100	n = 638
(2.02 horas)		(2.2)	(3.66)	(08.8)	(3.72)	(4.03)
P		< 0.05	< 0.01	< 0.01	< 0.01	< 0.01

El el Cuadro 7 se observa que los resultados obtenidos por FRIEDMAN son estadísticamente significativos, mientras que con los otros autores existe alta significancia en comparación a nuestro estudio.

IV DISCUSION Y COMENTARIOS

Hay generalmente coincidencia en considerar a las embarazadas de 20 a 30 años como el grupo etáreo de menor riesgo perinatal (4).

Si la gestación sorprende a edades tempranas, la fibra uterina no posee las cualidades que el parto exige a un buen motor uterino, crea problema en el parto y post-alumbramiento(28).

La incidencia de nacimientos de bajo peso es mayor en las clases sociales inferiores y es más del doble en las gestantes solteras (4). Lamentablemente, la mayor parte de la población no llega a la secundaria, encontrándose privada de los conocimientos elementales sobre la maternidad y el parto (2).

Es muy importante que también el parto ocurra en el momento más apropiado, período que se conoce como término de la gestación de 37 a 41 semanas de amenorrea (4), y que al final del embarazo el aumento total de peso debe ser de 10 a 11 kg. normalmente (2).

Tomando consideraciones generales con respecto a las versiones de diferentes autores, coincidimos con ciertas

características generales tomados para los grupos de estudios, ya que el propósito de nuestro trabajo fue excluir a todas las pacientes que presentaran algún tipo de riesgo perinatal y así culminar un parto con éxito.

Podemos decir que en nuestro grupo de estudio se encontró un mayor porcentaje de primíparas, grado de instrucción en el nivel secundario y que mantienen una relación de convivencia con su pareja, contradiciendo las versiones de MONGRUT (2) y SCHWARCZ (4) . Según ENDES (29), el 55% de mujeres en edad fértil viven en estado de unión conyugal, que nosotros lo consideramos importante para la comprensión y colaboración en el desarrollo del presente estudio.

Hay Escuelas de Obstetricia que no otorgan la menor importancia a los espasmolíticos en los partos. En la región del cuello uterino encontramos poco tejido muscular y mayor cantidad de tejido conjuntivo. El acortamiento del período de relajación bajo el efecto del Floroglucinol-Trimetoxibenceno sólo puede explicarse por el efecto directamente antiespasmódico sobre la musculatura del cuello del útero, relajándose sin que las contracciones del cuerpo del útero sean inhibidas; los antiespasmódicos no tienen esta propiedad (16).

En un estudio realizado por JOAO (17), encuentra que una primigesta con 5 cm de dilatación, completa ésta en 2 horas 35 minutos, similar a lo encontrado en nuestro estudio, abreviando significativamente la fase activa de labor de parto.

Respaldando las experiencias francesas y portuguesas (12, 17), tentamos avalar las cualidades analgésicas y antiespasmódicas de la asociación del Floroglucinol-Trimetoxibenceno durante el trabajo del parto.

En un estudio similar realizado por DAELS (16), encontró la duración del trabajo de parto en multíparas de 2 horas 18 minutos, habiendo aplicado el fármaco en el inicio del trabajo de parto, encontrándose similitud con nuestro estudio.

Estos tiempos mejorarían aún más si pudiésemos administrar Floroglucinol-Trimetoxibenceno a todo las parturientas en el momento más propicio. Esto no es siempre posible pues ciertos pacientes sólo llegan a los hospitales cuando el trabajo de parto ya tiene cierto tiempo de comenzado y no estamos por lo tanto en condiciones de administrar dicho fármaco lo bastante temprano (16). Razón por la cual coincidimos con la opinión de DAELS, ya que en nuestra experiencia nos

encontramos con el mismo hecho.

Un elemento útil en la evaluación del estado del niño es el sistema de puntuación de Apgar aplicado un minuto después del nacimiento y de nuevo 5 minutos después. En general cuanto más alta sea la puntuación, sobre un máximo de 10, mejor es el estado del niño (1). En nuestro estudio se tuvo una puntuación de 7 a 10 en ambos grupos, no teniendo ningún tipo de hipoxia en el recién nacido.

En ningún caso fue modificado el balance del Apgar en los niños cuyas madres habían recibido Floroglucinol-Trimetoxibenceno. Al contrario puede contribuir al mejoramiento del ritmo cardíaco fetal (12, 13, 14, 17, 18, 22).

También debemos afirmar que la relación entre la pérdida sanguínea y la presentación de los signos clínicos de hemorragia, dependen probablemente del estado nutricional así como del peso y talla de cada paciente (30).

En 1991 DUTHIE y COL, citados por MONGRUT (31), concluyen que el promedio de la pérdida sanguínea estimada fue significativamente menor al promedio de la

pérdida sanguínea medida, encontrándose en primigestas un promedio de 401 ± 29 cc y en multíparas 319 ± 41 cc; se tomaron pacientes sin complicaciones obstétricas o médicas y aquellos que tuvieron inicio y culminación espontánea del trabajo de parto.

Según RIOS y GARCIA (32), en la investigación realizada en el Hospital Regional del Amazonas - Iquitos, año 1991 en una población de 450 parturientas encontraron un promedio de 492.03 cc de hemorragia post-parto.

Nuestro estudio fue realizado en el mismo hospital en el año de 1993, encontrándose valores que difieren a lo encontrado por ellos.

Esta diferencia podría deberse a que tomaron pacientes con complicaciones obstétricas y médicas, todo lo contrario a nuestro estudio, en el cual fueron excluidas; encontrándose valores similares a los hallazgos por DUTHIE Y COL, referidos por MONGRUT (31).

Solo tuvimos el caso de una primípara del grupo de estudio, que presentó sangrado de 1300 cc con desgarrro de cervix de más o menos 3 cm. en la parte posterior;

inmediatamente fue suturada y compensada con la administración endovenosa de solución salina, sin llegar a transfundir sangre, no presentando ninguna complicación grave.

La pérdida sanguínea durante el parto o después de ella rara vez se estima en forma precisa en la práctica obstétrica (31).

Los ensayos farmacológicos han demostrado que la toxicidad del Floroglucinol-Trimetoxibenceno es nula tanto en la madre como en el niño, obteniéndose excelentes resultados en cuanto a la acción espasmolítica y analgésica con disminución acentuada del tiempo de dilatación cervical (12, 16, 17, 19, 26, 33). En nuestro estudio no tuvimos efectos secundarios ni reacciones adversas en la madre ni en el recién nacido.

V RESUMEN Y CONCLUSIONES

El presente estudio se realizó en el Hospital Regional del Amazonas, Servicio de Maternidad en el período de Febrero a Junio de 1993, para lo cual se tomó una población muestral de 140 parturientas. 65 pertenecían al grupo de estudio o experimental (35 nulíparas y 30 multíparas) y 75 para el grupo comparativo o testigo (39 nulíparas y 36 multíparas). Todas las parturientas del grupo de estudio fueron tratadas al inicio de la fase activa (5cm de dilatación) con 4 cc de Floroglucinol-Trimetoxibenceno (Floroglucinol 0.040 mg y Trimetoxibenceno 40 mg), en única administración por vía endovenosa.

Con el tratamiento de este fármaco llegamos a las siguientes conclusiones:

- La administración de Floroglucinol-Trimetoxibenceno acorta significativamente la duración de la fase activa de labor de parto, tanto en primíparas como en multíparas ($P < 0.01$).
- La administración de Floroglucinol-Trimetoxibenceno no produce efectos secundarios ni adversos en el binomio madre - niño.

VI RECOMENDACIONES

El problema de la duración del trabajo de parto siempre ha interesado a los ginecólogos y obstetras, con el objeto de acelerar al máximo el nacimiento, reduciendo el tiempo del período de dilatación. En efecto, un rápido término del parto resulta ventajoso para la madre, pero sobre todo para el feto. De aquí la importancia asumida en Obstetricia por algunos agentes farmacológicos:

- Uso de Floroglucinol-Trimetoxibenceno al inicio de la fase latente de labor de parto.
- La vía de administración más adecuada es la endovenosa por su acción inmediata.
- El profesional que monitorea el trabajo de parto utilizando Floroglucinol-Trimetoxibenceno, deberá continuar con el control normal, registrándose en el partograma de acuerdo a los criterios hospitalarios .

VII REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1 PRITCHARD, J.; MACDONALD, P.; GAT, N.: Williams Obstetricia. Barcelona 3ra. Edit. Salvat S.A. 1986; p.p. 341.
- 2 MONGRUT, A.: Tratado de Obstetricia. Perú. Tomo I. 3ra. Ed. Edit. S.A. 1974; p.p. 341-360.
- 3 NISWANDER, K.: Manual de Obstetricia, Diagnóstico y Tratamiento. Lima. 3ra. Ed. Edit. Salvat S.A. 1988; p.p. 347-360.
- 4 SCHWARCZ, R.; DUVERGES, C.; GONZALO, A.; FESCINA, R.: Obstetricia, Buenos Aires. 4ta. Ed. Edit. Ateneo S.A. 1986; p.p. 312,309,342.
- 5 PSCHYRENBEL, W.: Obstetricia Práctica. Barcelona 3ra. Ed. Edit. Labor S.A. 1978; p.p. 237.
- 6 FRIEDMAN, E.: Primigravidad Labor, Graphicostatis- tical Análisis. Obstet. Ginec. 1956; 6 (567): 121.
- 7 FRIEDMAN, E.: Labor in Multipara A: Graphicostatis- tical Análisis. Obstet. Ginec. 1956; 8 (69): 99.

- 8 HURTADO, K.: Curva de Trabajo y sus Anormalidades. Estudio Clínico Estadístico. Tesis Doctoral. Universidad Peruana Cayetano Heredia. 1972; p.p. 35-40.
- 9 FERNANDEZ, L.: La Curva de Friedman, Utilización de Nuestro Medio, Trabajo de Habilidad. Universidad Nacional de Trujillo. 1970; p.p. 41-52.
- 10 LOPEZ, J.: Partograma Normal, su Interpretación en Nuestro Medio, Universidad Nacional de Trujillo 1992; p.p. 25.
- 11 BECERRIL, A.: Curva de Trabajo de Parto y sus Alteraciones. Hospital de Apoyo II Integrado IPSS - Tarapoto. 1989-1991. Tesis (Br). UNSM. 1992; p.p. 16-41.
- 12 MORIN, P.; ABBOU, S.; BARBIER, E.; MOUGENOT, C.: Action Du Phloroglucinol Trimethyl Ether Sur L'évolution de 40 Dystocies Dynamiques. Rev. Franc. Gyné. 1975; 70 (4): 287-290.

- 13 MORIN, P.; HAMELIN, R.; GREPINET, J.: L'associazione Floroglucinol-Trimetossibenzene in Ostetricia. La Presse Medicale. Minerva Ginecologica. 1964; 75-95.
- 14 PLASSE, G.; GOIRAND, R.; BOSSI, G.: Impiego Clínico dello Spasmex in Ostetricia. Provence Medicale. Minerva Ginecológica. 1964; 20-53.
- 15 SOLANO, C.: Impiego di Uno Spasmolitico Cervico-Segmentario in Ostetricia. Tribuna Medica. Minerva Ginecológica. 1967; 15-19.
- 16 DAELS, J.: Uso de Floroglucinol-Trimetoxibenceno en Obstetricia. HetTijdscht Voo Geneeskunde. Alemania. 1968; 17(24): 71-88.
- 17 JOAO, K.; FIGUEREDO, O.: Dilexan no Trabalho do Parto. Jornal Brasileiro de Ginecologia. 1971; 5(74): 81-86.
- 18 BRANDAO, M; CHEIN, L.: Associaçao Floroglucinol-Trimetoxibenceno en Analgesi Obstetrica. Rev. Goina-Med. Portugues. 1969; 3(15) : 175-189.

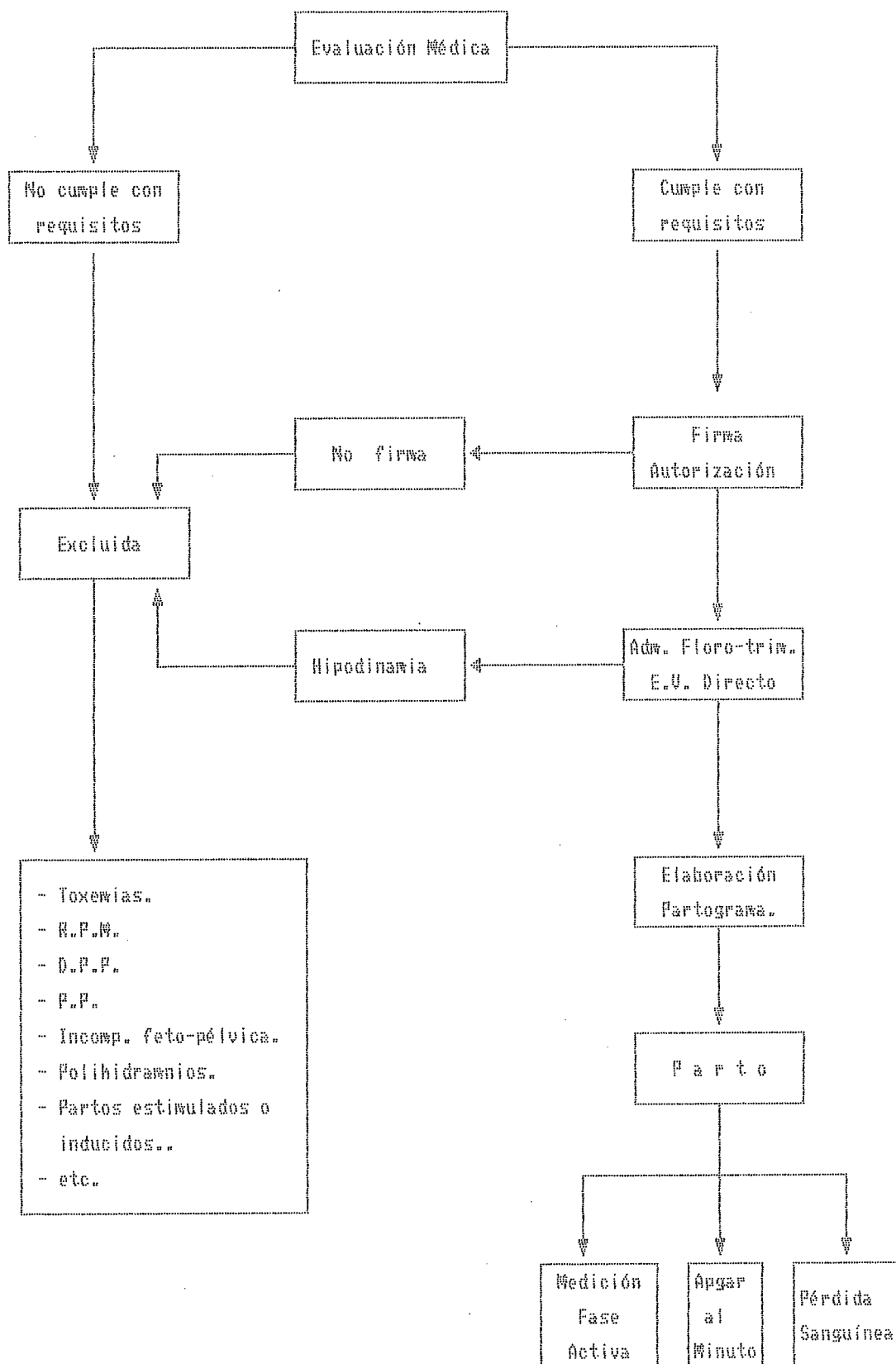
- 19 FAIS, G.; MARCHETTI, N.; EL KASSIR, P., et. al. : El Proxazolo en el Trabajo de Parto. Recientes Publicaciones sobre Uso de Proxazolo en la Distocia Dinámica de Parto. Clinical and Experimental Obstetrics y Gynecology. Roma. 1979; 2(6) : 3-24.
- 20 PAINVAIN, E.; RUSTICALI, N. : Estudio Comparativo de los Efectos del Proxazolo sobre la Duración de los Periodos de Dilatación en el Trabajo de Parto. Patología E. Clínica Obstétrica E. Ginecológica. Roma. 1979; 6(7): 5-19.
- 21 AMATO, G.; BENEDETTIA, A.; MASTERO, M.; MIGLIORINI, A.: Estudio Controlado de los Efectos del Proxazolo en el Trabajo de Parto. Recientes Publicaciones sobre el Uso de Proxazolo. Roma. 1978; 5 (30): 19-23.
- 22 MASSELLI, G.; DELLI, R.; DONADIO, C.: El Citrato de Proxazolo en el Trabajo de Parto. Recientes Publicaciones sobre el Uso de Proxazolo en la Distocia Dinámica del Parto. Patología E. Clinic. Obstétrica y Ginecológica. Roma. 1977; 4 (5) : 39-46.

- 23 DICCIONARIO DE ESPECIALIDADES FARMACOLOGICAS. 6ta.
Ed. Edit S.A. Perú. 1993 ; p.p. 357.
- 24 BACHMAN, C.; GAVILANO, A.: Un Nuovo Antispástico in
Ostetricia, L'Associazione Floroglucinol-Trime-
tossibenzene. Ginecologia y Obstetricia. Jornal
Brasileiro. 1968; 12.
- 25 ERB, H.: Acceleramento del Parto mediante Spasmolisi
con Spasmex. Therapeutische Umschau. Minerva
Ginecolo-gica. 1967; 24-51.
- 26 MASSON, J.; DEHALLEUX, J.; BURGER, J.; DREYFUS, J.:
Contributo allo Studio di una Nuova
Associazione Terapeutica: Floroglucinolo-
Trimetossibenzene nella Pratica Ostetrica. Bull
de la Fed. Des. Soc. de Gynecol. Ob. Minerva
Ginecologica. 1965; 17-90.
- 27 TAMAYO, J.; GONZALEZ, M. : Fundamentos de la
Investigación Científica en Servicios Médicos.
UNMSM. 1993; p.p. 18-61.
- 28 BOLETIN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. Marzo
1990; 3 (108) : 21.

- 29 INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA E INFORMACION.
Encuesta Demográfica y de Salud Familiar
(ENDES). Capítulo V. Perú. 1991-1992.; 1-91.
- 30 BENSON, R.: Diagnóstico y Tratamiento Gineco-Obstétrico. Mexico. 4ta. Ed. Edit. El Manual Moderno S.A. 1986; p.p. 1026.
- 31 MONGRUT, A.: Tratado de Obstetricia. Tipo Offset Sesator. 3ra. Ed. Edit S.A. Lima - Perú. 1989; p.p. 998.
- 32 RIOS, R.; GARCIA, J.: Consideraciones Clínicas Epidemiológicas del Sangrado Post-parto en el Hospital Regional del Amazonas-Iquitos. 1991; Tesis (Br). UNSM. p.p. 51-53.
- 33 FASSA, L.: Analgesia Ostetrica. Efeito da Associaçao Floroglucinol-Trimetoxibenceno no Trabalho do Parto. Jornal Brasileiro de Ginecologia. 1970; 6(70) : 501-509.

A N E X O S

FLUXOGRAMA DE INVESTIGACION



EFFECTOS DEL FLOROGLUCINOL-TRIMETOXIBENCENO EN LA FASE
ACTIVA DE LABOR DE PARTO. HOSPITAL REGIONAL DEL AMAZONAS
IQUITOS. 1993

N° de Ficha

FORMATO PARA RECOLECCION DE DATOS

- 1 Edad : años
- 2 Estado Civil : (a) Casada
(b) Soltera
(c) Conviviente
- 3 Grado de Instrucción : (a) Illetrada
(b) Primaria Incompleta
(c) Primaria Completa
(d) Secundaria Incompleta
(e) Secundaria Completa
(f) Superior
- 4 Edad Gestacional : semanas
- 5 Paridad : G P
- 6 Peso : Kg
- 7 Talla : cm
- 8 Altura Uterina : cm
- 9 Ponderación Fetal : + - 375 gr

10 Administración de

Floroglucinol-

Trimetoxibenceno 4 cc

E.V. Directo : (a) Sí

(b) No

11 Episiotomía : (a) Sí

(b) No

12 Apgar del Recién

Nacido : al minuto

13 Pérdida Sanguínea : cc

AUTORIZACION

Yo,
de año de edad, L.E. N°
domiciliada en
en pleno uso de mis facultades mentales y habiendo sido
seleccionada e informada, me comprometo a participar
voluntariamente en el Estudio de Investigación
titulado "EFECTOS DEL FLOROGLUCINOL-TRIMETOXIBENCENO EN
LA FASE ACTIVA DE LABOR DE PARTO. HOSPITAL REGIONAL DEL
AMAZONAS-IQUITOS 1993. El mismo que será realizado por:

- * Hortencia BARTRA ALEGRIA
- * Liria DEL CASTILLO ORBE

.....
F I R M A

Punchana, de de 1993